

Utredning av rapportering enligt lex Sarah

Nora kommun

Innehåll

Inledning	3
Händelse för rapporteringen	3
Tidigare händelser	3
Utredningens metod	3
Sammanfattning av utredningen	3
Bakgrund - vad har hänt?	4
Vilka konsekvenser har det medfört?	5
Identifierade brister	5
Procedurer, riktlinjer och rutiner	5
Ledning och styrning	5
Vidtagna åtgärder med anledningen av rapporteringen	5
Åtgärdslista	6
Handlingsplan	6
Förslag till beslut	6

Inledning

Syftet med lex Sarah är att komma till rätta med brister i verksamheten och förhindra att liknande missförhållanden uppkommer igen. Utredningen ska visa på vad som har hänt, varför det har hänt (identifierade brister/orsaker till det inträffade) och vad som gjorts för att undanröja missförhållandet, såväl direkt som långsiktigt.

Händelse för rapporteringen

Händelsen inträffade 20200628 och rapporterades enligt Lex Sarah 20200703

Tidigare händelser

Nej inga tidigare händelser sedan tidigare

Utredningens metod

Metod/tillvägagångssätt som använts i utredningen är intervjuer, journalgranskning, loggkontroll från TES samt genomgång av rutiner.

Sammanfattning av utredningen

Händelsen inträffade 20200628 och rapporterades enligt Lex Sarah 20200703. Händelsen vara att en brukare klockan 09:15 larmade om att hen ville gå på toaletten. Larmet mottogs först av larmoperatören som ringde ut larmet till larmgruppen, som sedan ringde ut larmet till hemtjänstgruppen. Personen i hemtjänstgruppen som skulle hantera larmet, glömde direkt bort larmet. Vid det inplanerade besöket klockan 1115 upptäcktes att brukaren hade fallit och låg på golvet. Omvårdnadspersonalen ringde till sjuksköterska, som kom och genomförde en första bedömning. Brukaren fick därefter åka med ambulans till lasarettet, då hens ben var snedställt och att brukaren hade kraftig smärta.

Händelsen har medfört konsekvensen att brukaren inte fick det besök som hen skulle ha fått, vilket kan ha inneburit att brukaren föll när hen försökte gå på toaletten.

Brukaren avlider 20200630, bedömningen är att det ej går att dra slutsatsen att ej genomfört larmbesök medfört att brukaren har avlidit. Dock är det utredarens bedömning att ej utfört larmbesök kan ha medfört att brukaren valde att gå på toaletten själv och då föll. Fallet i sin tur kan ha inneburit att brukaren dog, men att uteblivit larmbesök inte går att likställa med att bruken avled. Även om personalen hade genomfört larmbesöket, hade brukaren möjligen hunnit falla innan personalen genomfört besöket.

Händelsen är svår bedömd, dock är den slutliga bedömningen att ej genomfört larmbesök ej går att likställa med att brukaren avled, men kan ha medfört att brukaren föll. Fallet innebar lidande för brukaren som ådrog sig en fraktur i och med fallet.

Identifierade brister är inom områdena rutin och ledning och styrning.

Åtgärder med anledning av rapporteringen var att revidera befintlig rutin för larmgruppen samt upprättande av rutin när flera larm inkommer samtidigt.

Förslag till beslut är att händelsen är att betraktas som ett allvarligt missförhållande och ska anmälas till IVO.

Bakgrund - vad har hänt?

Händelsen inträffade 20200628 och rapporterades enligt Lex Sarah 20200703. Rapporterad händelse var att larmgruppen mottog fyra stycken larm samtidigt från larmoperatören. Larmgruppen ringde ut två av dessa fyra larm till en hemtjänstgrupp och den som mottog dessa två larm glömde det ena larmet. När personalen kom hem till brukaren vid det inplanerade besöket kl 11:15, låg brukaren på golvet. Utifrån rapporterad händelse visste brukaren inte själv hur länge hen legat på golvet. Brukaren visste inte om hen ramlat sedan hen larmat om toalettbesöket eller om hen ramlat senare.

Journalanteckningar genomförda 2020-06-28 klockan 09.30 skriver undersköterska att brukaren larmade att hen behövde hjälp med toalettbesök och att gruppen (Hemtjänstgrupp) skulle hantera larmet.

Utifrån avvikelserapport skapad 2020-06-28 skriver undersköterska som mottagit larmet från larmgruppen att hen mottagit larm om att aktuell brukare ville besöka toaletten. I avvikelserapporten framgår det att undersköterskan glömde larmet och vid det planerade besöket cirka klockan 11:15 finner personalen brukaren liggandes på golvet.

I journalanteckning 2020-06-28, skriver sjuksköterskan att omvårdnadspersonal kontaktar sjuksköterskan om en fallolycka, där patient fallit ur sin säng. Åtgärd: besök hos patienten. Patienten ligger på golvet, mycket smärta, snedställning av vänster ben även smärta från rygg. Larmar 112, patienten sänds till lasarett för bedömning och blir sedan inlagd på sjukhuset.

Vid intervju med undersköterska som mottog larmet, framkom det att hen mottog två olika ärenden (larm) från larmgruppen samtidigt och att undersköterskan direkt efter att hen lagt på med larmgruppen, glömde det ena larmet.

Utifrån loggkontroll framgår det att larmet skickades till larmgruppen klockan 09:05 sen tog det 15 min innan tunstall registrerade att personal sett larmet. Enligt rutin måste man som personal när man får ett larm svara genom sms med en 2:a tillbaka till Tunstall. Svarar inte larmgruppen Tunstall med en 2a ringer de upp larmgruppen och undrar om larmet är mottaget.

Lokal rutin för att hantera trygghetslarm innebär att larmgruppen tar emot larm från Tunstall och ringer sedan ut larmet till den person som har larmtelefonen. Den person som har larmtelefonen är den person som ska åka och göra ett så kallat larmbesök hem till brukaren som larmat.

Brukaren avlider 20200630, bedömningen är att det ej går att dra slutsatsen att ej genomfört larmbesök medfört att brukaren har avlidit. Dock är det utredarens bedömning att ej utfört larmbesök kan ha medfört att brukaren valde att gå på toaletten själv och då föll. Fallet i sin tur kan ha inneburit att brukaren dog, men att uteblivit larmbesök inte går att likställa med

att brukaren avled. Även om personalen hade genomfört larmbesöket, hade brukaren möjligen hunnit falla innan personalen genomfört larmbesöket. Händelsen är svår bedömd, dock är den slutliga bedömningen att ej genomfört larmbesök ej går att likställa med att brukaren avled, men kan ha medfört att brukaren föll. Fallet innebar lidande för brukaren som ådrog sig en fraktur i och med fallet.

Identifierad brist är att rutinen för att hantera trygghetslarm var bristfällig, vilket åtgärdades samma dag som händelsen uppmärksammades. Identifierad bristen i rutinen var att larmgruppen efter att de hade ringt till hemtjänstgruppen inte säkerställde att larmet hade blivit hanterat. I den reviderade rutinen ska larmgruppen få ett meddelande om att larmet har blivit hanterat från personen som har larmtelefonen, om inte larmgruppen har fått meddelande inom 15 minuter, ska larmgruppen ringa till personen med larmtelefonen och följa upp om larmet är hanterat. Ytterligare identifierad brist är att uppföljning av rutinen saknas.

Förslag till beslut är att händelsen är att betraktas som ett allvarligt missförhållande och ska anmälas till IVO.

Vilka konsekvenser har det medfört?

Händelsen har medfört konsekvensen att brukaren inte fick det larmbesök som hen skulle ha fått, vilket kan ha inneburit att brukaren föll när hen försökte gå på toaletten. Fallet innebar lidande för brukaren som ådrog sig en fraktur i och med fallet.

Identifierade brister

Identifierade brister är inom områdena rutiner och ledning och styrning.

Procedurer, riktlinjer och rutiner

Brister: Rutin

Ledning och styrning

Brister: Rutin gällande trygghetslarms efterlevnad och lämplighet har inte följts upp

Vidtagna åtgärder med anledningen av rapporteringen

Upprättande av rutin vid mottagande av flera larm samtidigt samt revidering av befintlig rutin för hantering av trygghetslarm. Revideringen innebär att larmgruppen ska följa upp larmet, om de inte mottagit inom 15 minuter att larmet är hanterat.

Åtgärdslista

Utifrån händelsen och de identifierade bristerna beskrivs nedan de åtgärder som verksamheten åläggs att genomföra för att säkerställa att händelsen och bristerna inte inträffar igen.

Identifierat utvecklingsområde	Åtgärd	Datum för uppföljning
Ledning och styrning	Följ upp rutin hantering av trygghetslarm samt rutin för hantering av flera larm samtidigt, för att säkerställa att rutinerna ger önskad effekt.	2020-11-30

Handlingsplan

Enhetschefen ansvarar för att inom 30 dagar inkomma med en handlingsplan för hur åtgärderna i åtgärdslistan ska genomföras (**om konkretisering av ovanstående behövs**, t.ex. hur något ska ske och vem som är ansvarig). Handlingsplanen skickas till socialchef.

Förslag till beslut

Beslut 1.3

- Att händelsen bedöms som att ett allvarligt missförhållande och anmäls till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

Bedömning avseende åtgärder

Alt. 2

De åtgärder som vidtagits initialt med anledning av rapporteringen kan inte antas ha pågående och stadigvarande effekt därför beslutas att en åtgärdsplan för att åtgärda missförhållandet åläggs enheten. Uppföljning av enheten sker enligt planering i åtgärdsplanen.

Utredare **Lisa Nyquist**